

Le retour précoce à domicile après l'accouchement : enquête de satisfaction sur un itinéraire clinique de soins.

Bassleer Bernard¹, Taranjoek Marina², Gillain Daniel³

¹ Direction Médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Belgique ;

² Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège, Belgique ;

³ Service des informations médico-économiques, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Belgique.

Institution : Centre Hospitalier Universitaire de Liège
Adresse : Domaine universitaire du Sart Tilman - B35 - 4000 Liège - Belgique
Téléphone : +32 4 366 74 26
Email : daniel.gillain@chu.ulg.ac.be

Résumé : Aujourd'hui, l'évaluation de la satisfaction en santé est reconnue comme une mesure qui évalue la qualité des soins. Le premier objectif de ce travail est de connaître le degré de satisfaction des patientes vis-à-vis du suivi postnatal par les sages-femmes de la maternité ND des Bruyères du CHU de Liège. Le deuxième objectif est de mettre en avant les points positifs ainsi que les points à améliorer pour la préparation du retour précoce à domicile après l'accouchement.

Des questionnaires de satisfaction ont été distribués aux accouchées. Le taux de satisfaction global du séjour à la maternité est de 77,7% et peut donc être considéré comme très satisfaisant. Durant la période postnatale pour le retour précoce à domicile, il y a 82,6% des patientes qui pensent que les sages-femmes ont répondu à leurs attentes. La comparaison entre les deux groupes de patientes suivant le type de retour au domicile, précoce ou normal, on ne relève aucune différence significative. Cette étude a permis de connaître les attentes prioritaires des accouchées de la maternité. Des améliorations devraient être apportées principalement à la disponibilité du personnel, à la clarté des explications et à la qualité de l'information.

Mots clés : sorties précoces après accouchement, visite de sage-femme à domicile, satisfaction du patient.

Abstract: Today, the evaluation of the satisfaction in health is recognized as a measure which estimates the quality of care. The first objective of this work is to know the satisfaction rate of the patients towards the postnatal follow-up by the midwives of the maternity hospital ND des Bruyères of the CHU de Liège. The second objective is to advance the positive points as well as the points to be improved for the preparation of early discharge after delivery.

Satisfaction questionnaires were distributed to women. The overall satisfaction rate of the maternity stay is 77.7% and can therefore be regarded as very satisfactory. During the postnatal period in the early discharge group, there are 82.6% of patients who think that midwives have met their expectations. The comparison between the two groups of patients depending on the type of discharge, early or normal, shows no statistically significant difference. This study allowed knowing the priority expectations of moms. Improvements should be made primarily to the availability of staff, to the clarity of the explanations and information quality.

Keywords : early postpartum discharge, midwives home visitation, patient satisfaction.

1. Introduction

Les durées de séjours en maternité se sont considérablement réduites ces dernières années. Ainsi, en Belgique, on constate, pour les accouchements physiologiques, des durées moyennes de 4 jours par voie basse et de 6 jours par césarienne (Service Public Fédéral – Santé Publique, chiffres de 2010).

Par rapport aux performances de nos voisins, la marge de réduction est encore importante dans notre pays. Ainsi, pour les accouchements normaux, hormis la France et le Grand-duché de Luxembourg où on observe des durées comparables, tous les autres pays limitrophes ont des durées plus courtes comme l'Allemagne (3,2 jours), les Pays-Bas (1,9 jours) et le Royaume-Uni (1,8 jours)¹.

Les journées d'hospitalisation en post-partum sont traditionnellement destinées aux soins apportés à la mère et au bébé mais aussi à dispenser les conseils concernant l'allaitement et les soins de puériculture. Il faut bien sûr veiller à ce que la maman, à son retour à domicile, n'angoisse pas face à son nouveau rôle. Cette situation n'est pas toujours facile, d'autant plus chez les primipares. Mis à part cela, on peut qualifier le séjour en maternité de séjour de confort où on active surtout la fonction d'hôtellerie de l'hôpital.

Afin de réduire davantage les durées de séjour, on a dû repenser en profondeur l'itinéraire clinique obstétrical. De la prise en charge prénatale à la mise en place des soins du post-partum, la toute grande majorité des soins et conseils peuvent se dérouler en phase ambulatoire.

En 1992, l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ont défini le retour précoce (early postnatal discharge - ED) comme un séjour postnatal réduit à une durée de moins de 48 heures pour un accouchement par voie basse et de moins de 96 heures pour une césarienne (AAP & ACOG 1992, ANES 2004a).

Le retour précoce à domicile des accouchées (RPDA) n'est cependant pas un concept récent. Ainsi, Theobald en 1959 et ensuite Craig et Muirhead, 7 ans plus tard évoquent le recours à cette pratique au St. Luke's Maternity Hospital de Bradford ; les auteurs insistent aussi sur sa parfaite sécurité pour les mères et les bébés (Theobald 1959, Craig & Muirhead 1967).

Depuis lors, un grand nombre de travaux ont été publiés pour définir les conditions médico-sociales de la mise en place du RPDA. En effet, certaines pathologies pré ou postnatales, certaines complications ou certaines situations sociales sont des contre-indications, ce qui a amené les auteurs à édicter certaines des recommandations. (Braveman et al. 1997, Brown et al. 2002, Brown et al. 2009, Cargill et al. 2007, Fenwick et al. 2010, Forster et al. 2008,).

2. Objectifs

Depuis 2006, l'itinéraire de retour précoce à domicile (RPDA), mis en place au sein du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Liège, structure la prise en charge en insistant sur la continuité depuis le suivi de la grossesse jusqu'à l'encadrement à la maison (Bassleer 2012).

Le premier objectif de ce travail est de connaître le degré de satisfaction des patientes vis-à-vis du suivi postnatal par les sages-femmes de la maternité et de comparer les taux de satisfaction obtenus lors des retours normaux et précoces ainsi qu'accessoirement celui des sages-femmes qui travaillent au service du suivi postnatal à domicile (l'Envol). Le deuxième objectif est de mettre en avant les points positifs ainsi que les points à améliorer pour la préparation du suivi du retour précoce à domicile après l'accouchement et pour déterminer les facteurs qui influencent leur satisfaction et recueillir leurs attentes de manière à proposer des idées ou des points d'améliorations pour des recommandations ultérieures.

3. Matériel et méthode

Après une période de 6 années de mise en place du RPDA, nous avons décidé de confier au Service des Informations Médico-Économiques (Simé) et dans le cadre d'un mémoire de Master en Santé Publique (spécialité : gestion des institutions de soins), la réalisation et l'analyse d'une enquête de satisfaction auprès des futures mères durant la période entre le 1^{er} avril 2013 et le 15 décembre 2013.

Pour réaliser cette étude, deux questionnaires ont été développés et utilisés comme outil de collecte des données.

¹ Source: Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

Le premier questionnaire concerne les données démographiques, la période prénatale et le séjour en maternité. Il n'est pas anonyme et il est rempli à la maternité, accompagné d'une lettre de consentement. Le second questionnaire est distribué au moment de la sortie et concerne la période post-partum à domicile. Si les mamans ont bénéficié d'une sage-femme de l'équipe RPDA, celle-ci le reprenait complété à sa dernière visite. Quant aux mamans bénéficiant d'un retour normal à domicile, nous leur avons demandé de le remplir chez elles après un délai de 7 à 10 jours après leur sortie de maternité et de le renvoyer dans l'enveloppe prévue sans affranchir, le port étant à charge du CHU.

4. Résultats

Le premier questionnaire a été rempli par 153 patientes et 56 d'entre-elles ont répondu au 2^{ème} questionnaire, c'est-à-dire celui concernant la période du retour à domicile. La répartition de ces 56 cas est de 33 retours normaux et 23 retours précoces.

4.1. Données démographiques

Dans la table 1, on étudie les données démographiques des patientes selon leur type de retour à domicile, normal ou précoce. Bien qu'on ne constate aucune différence statistiquement significative, on est toutefois interpellé par le profil des mamans qui choisissent le retour précoce.

		Retour à domicile	
		Normal	Précoce
Age		29 ± 3,8	31 ± 4,3
Situation familiale	Seule	8,3%	15,4%
Niveau d'étude	Supérieure	47,9%	69,2%
Situation professionnelle	Sans emploi	9,1%	18,2%
Enfants à charge	Non	45,4%	38,5%
Parité	Primipare	39,1%	35,0%

Table 1. Données démographiques

4.2. Période prénatale

La table 2 indique que le suivi de la grossesse reste l'apanage des gynécologues et il semble paradoxalement que les gynécologues privés ont une influence positive sur le choix du RPDA.

	Retour à domicile		p(χ^2)
	Normal	Précoce	
Gynécologue privé	34,2%	61,5%	0,057
Gynécologue hospitalier	65,0%	46,2%	ns
Sage-femme libérale	4,2%	0,0%	ns
Sage-femme hospitalière	5,8%	7,7%	ns
Médecin traitant	2,5%	0,0%	ns
ONE	1,7%	0,0%	ns

Table 2. Suivi de la grossesse

La participation aux séances de préparation à la naissance est assez faible, ainsi seulement 30% des mères assistent à ces séances. Néanmoins, ce chiffre monte à 58% chez les primipares. Chez les mères qui ont suivi ces séances, le nombre moyen de séances est de $4,3 \pm 2,1$.

La problématique du retour précoce à domicile a été abordée dans 41% des cas durant la période prénatale. Ce taux monte à 61,5% dans le groupe ayant antérieurement bénéficié d'un retour précoce.

Cette information est délivrée par la sage-femme dans la grande majorité des cas (83,3%) et, en moyenne, vers 7,5 mois de grossesse. Pendant la période prénatale, 38,8% des mères déclarent souhaiter un retour précoce, en définitive, seulement 21,2% d'entre-elles ont pu en bénéficier. 98,1% des conjoints étaient en accord avec leur souhait.

4.3. Séjour à la maternité

Les mères multipares n'ayant pas connu de retour précoce lors d'une grossesse antérieure sont 8,5% à adopter cet itinéraire, par contre chez celles qui ont déjà eu recours au RPDA, 30% renouvellent leur choix. Les mères qualifient leur état de santé comme bon à 91% et moyen à 9%. Pour leur bébé, l'état de santé est qualifié comme bon à 99%.

Le degré de satisfaction du séjour à la maternité a été considéré, dans la majorité des cas, comme « très satisfaite » (77,7%).

Il y a 83,8 % des femmes qui allaitent leur bébé à la maternité. On a aussi interrogé les mères sur le sentiment d'aise qu'elles ressentaient par rapport à l'allaitement quand elles étaient de retour au domicile. La figure 1 montre une très faible minorité de mamans qui ne se sentent pas à l'aise dans cette situation.

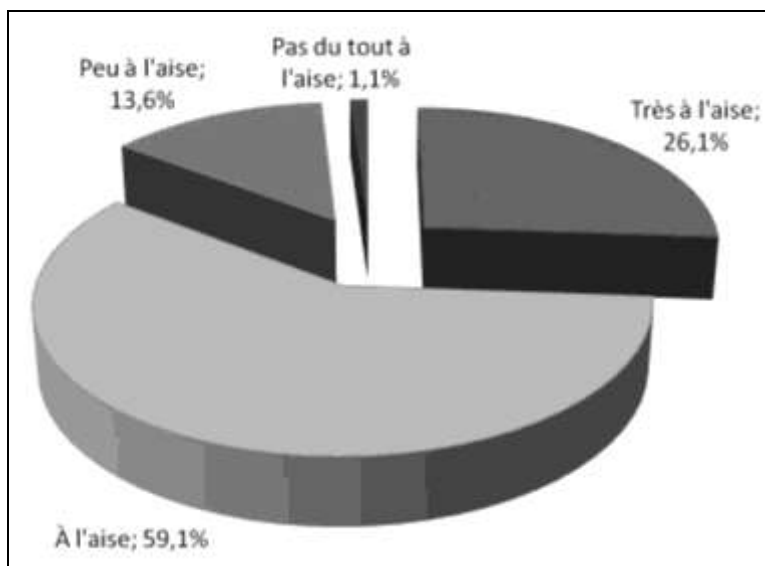


Figure 1. Perception de l'allaitement au retour à domicile

4.4. Période postnatale

Dans l'immense majorité des cas, la durée d'hospitalisation à la maternité est considérée comme correcte que ce soit pour le groupe de retour normal (93,9%) ou celui de retour précoce (91,3%).

En période postnatale, les mamans allaitent toujours leur bébé dans 89,3% des cas. Il n'y a pas de différence entre le retour normal et précoce. Par contre, pour les retours précoces, le sentiment de confort se situe plutôt aux extrêmes (50% de très à l'aise et 15% de pas du tout à l'aise), cette différence étant statistiquement significative ($p(LR) = 0,021$).

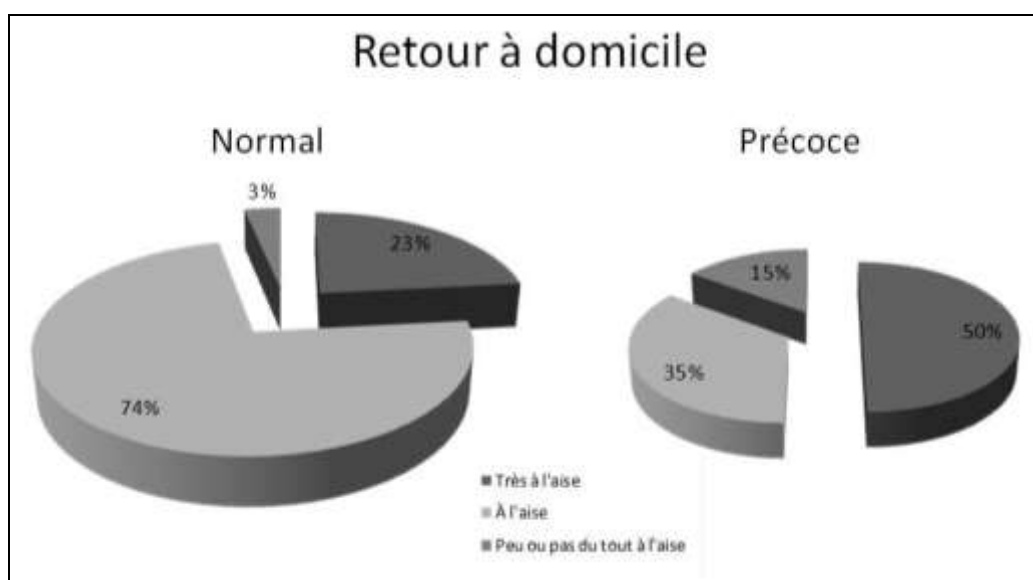


Figure 2. Perception de l'allaitement en période postnatale

Les tables 3 et 4 donnent les résultats des réponses aux questions concernant les informations délivrées à la maternité et pendant le suivi postnatal sur les préventions et soins aux bébés. On ne constate aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes.

	Retour à domicile		Total
	Normal	Précoce	
Surveillance du poids			
Oui	78,8%	95,7%	85,7%
Oui mais ça reste confus	15,2%	0,0%	8,9%
Non	6,1%	4,3%	5,4%
Surveillance de la température			
Oui	93,9%	100,0%	96,4%
Oui mais ça reste confus	6,1%	0,0%	3,6%
Non	0,0%	0,0%	0,0%
Rythme du sommeil			
Oui	66,7%	52,2%	60,7%
Oui mais ça reste confus	9,1%	30,4%	17,9%
Non	24,2%	17,4%	21,4%
Prévention de la mort subite			
Oui	56,2%	47,8%	52,7%
Oui mais ça reste confus	9,4%	4,3%	7,3%
Non	34,4%	47,8%	40,0%
Préparation des biberons			
Oui	75,0%	71,4%	72,7%
Non	25,0%	28,6%	27,3%

Table 3. Conseils de prévention

	Retour à domicile		Total
	Normal	Précoce	
Soins du cordon			
a) a été montré	100,0%	95,7%	98,1%

b) a été appris à faire	100,0%	95,7%	98,1%
c) capable de le faire seule	100,0%	100,0%	100,0%
d) surveillance du cordon après qu'il soit tombé	63,0%	72,7%	67,3%
Bain			
a) a été montré	93,9%	91,3%	92,9%
b) a été appris à faire	90,9%	95,7%	92,9%
c) capable de le faire seule	96,9%	100,0%	98,1%
Change			
a) a été montré	75,8%	86,4%	80,0%
b) a été appris à faire	72,7%	77,3%	74,5%
c) capable de le faire seule	100,0%	100,0%	100,0%
Soins de nez			
a) a été montré	57,6%	39,1%	50,0%
b) a été appris à faire	57,6%	34,8%	48,2%
c) capable de le faire seule	77,4%	82,6%	79,6%

Table 4. Conseils de soins aux bébés

En ce qui concerne les soins personnels des mamans, une majorité des femmes, les résultats des réponses aux questions se trouvent dans la table 5. On ne constate aucune différence statistiquement significative qu'elles aient bénéficié ou non d'une sortie précoce.

	Retour à domicile		Total
	Normal	Précoce	
Les saignements			
Oui	84,8%	100,0%	91,1%
Oui mais ça reste confus	9,1%	0,0%	5,4%
Non	6,1%	0,0%	3,5%
La suture périnéale			
Oui	70,0%	85,7%	76,5%
Oui mais ça reste confus	13,3%	9,5%	11,8%
Non	16,7%	4,8%	11,7%
Le retour de couches			
Oui	65,6%	78,3%	70,9%
Oui mais ça reste confus	9,4%	8,7%	9,1%
Non	25,0%	13,0%	20,0%
La rééducation périnéale			
Oui	97,0%	91,3%	94,6%
Oui mais ça reste confus	0,0%	0,0%	0,0%
Non	3,0%	8,7%	5,4%
La reprise du sport			
Oui	81,8%	82,6%	82,1%
Oui mais ça reste confus	3,0%	0,0%	1,8%
Non	15,2%	17,4%	16,1%
La consultation post-natale			
Oui	87,9%	95,7%	91,1%
Oui mais ça reste confus	3,0%	0,0%	1,8%
Non	9,1%	4,3%	7,1%
La reprise des rapports sexuels			

Oui	81,8%	87,0%	83,9%
Oui mais ça reste confus	3,0%	0,0%	1,8%
Non	15,2%	13,0%	14,3%
La contraception			
Oui	90,9%	87,0%	89,3%
Oui mais ça reste confus	0,0%	4,3%	1,8%
Non	9,1%	8,7%	8,9%

Table 5. Conseils de soins aux mamans

Quant aux complications durant la période postnatale, on relève une seule consultation en urgence pour une mère dans le groupe des retours précoces. Dans le groupe des retours normaux, on relève également une seule consultation en urgence pour une maman et 5 consultations en urgences pour le bébé. On dénombre, par ailleurs, 4 ré hospitalisations dans le groupe des retours normaux, 1 pour la maman et 3 pour les bébés.

Plus d'une mère sur deux a eu besoin d'aide. Il n'y a pas de différence significative entre les retours précoces et normaux. Les types d'aide le plus souvent exprimés par les femmes sont la présence du conjoint pour le bébé et pour elle-même, la présence de la famille surtout pour les autres enfants à la maison.

Durant la période postnatale à domicile pour le retour précoce, il y a 82,6% des patientes qui pensent que les sages-femmes ont répondu à leurs attentes.

A la question : « Sur quels sujets auriez-vous aimé obtenir plus d'informations ou plus d'écoute ? », les réponses les plus souvent rencontrées furent : « baby blues », « colique », « cicatrice de la césarienne », « plus d'informations sur la santé de la maman ».

La majorité des femmes 77,8% sont d'accord de renouveler l'expérience du retour précoce dans une future grossesse.

Les suggestions pour améliorer le retour précoce à domicile et la prise en charge lors de la période postnatale proposées par les accouchées sont les suivantes :

- « Il faudrait améliorer la communication entre chaque équipe »
- « Information sur la consultation diététique de la mère »
- « Quand c'est un premier enfant, peut-être plus montrer le change, explications des soins au niveau des yeux, du cordon s'il tombe, des fesses rouges, quelle crème mettre ? »
- « Être à l'écoute des mamans en ce qui concerne certaines inquiétudes par rapport au bébé et sa fragilité aussi »
- « Impliquer plus le papa ».

5. Discussion

Pour le retour précoce, nous avons pu seulement obtenir 23 questionnaires. L'éventualité d'une sortie précoce de la maternité après l'accouchement a été évoquée pendant la grossesse dans 41%. Ce taux monte à 61,5% dans le groupe avec le RPDA. L'information est délivrée par la sage-femme dans la grande majorité des cas (83,3%), généralement au 8ème mois de grossesse. Cependant, cet effectif est trop petit pour pouvoir exploiter ces résultats. Les sorties précoces ne semblaient pas être si fréquentes pour les primipares. En effet, l'HAS (Haute Autorité de Santé) recommande que la mère ait suffisamment confiance en elle et qu'elle soit autonome pour prodiguer les soins au nouveau-né (HAS 2012).

Des 38,8% des mères qui souhaitent un RPDA, seulement 21,2% d'entre elles ont pu en bénéficier. De plus, parmi les mères qui ne souhaitent pas un retour précoce, seulement 2,4% ont changé d'avis. Concernant le choix du mode de sortie précoce, celui-ci a été motivé en grande partie par le « retour au cadre de vie habituelle » ou « les autres enfants à la maison ». Il n'y a pas trop de souhait sur la « continuité du suivi par une sage-femme », ce qui pourrait peut-être expliquer le faible taux de connaissance des femmes sur toutes les spécificités de la profession de sage-femme. La majorité des femmes ne veulent pas

sortir plus tôt, souvent pour la raison de « profiter un maximum des conseils de sages-femmes et se reposer au mieux ». Les conjoints sont en accord avec la décision dans les 98% des cas.

En ce qui concerne les informations données aux mères pendant la période postnatale, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Ces résultats sont à interpréter avec prudence du fait de la petite taille de notre échantillon. Les taux de satisfaction sont globalement importants, une attention particulière doit quand même être accordée à la prévention de la mort subite où les mères semblent être moins à l'aise.

En ce qui concerne la santé de la mère, là aussi les taux de satisfaction sont bons avec quand même une restriction pour les suites de couche tardives où les conseils ont été moins efficaces.

Notre étude a aussi mis en évidence les difficultés de la pratique des sages-femmes aujourd'hui : la surcharge de travail, le manque de relation entre le médecin et les sages-femmes, le stress, voire l'épuisement. Une bonne communication entre les membres de l'équipe soignante, les patientes et leurs proches est sans doute d'une importance capitale pour assurer la qualité des soins.

6. Conclusions

La satisfaction des patients est un concept à la fois multidimensionnel et subjectif, qui ne peut être mesurée par une observation directe des soins dispensés, mais il faut prendre en considération les opinions des patients et identifier leurs attentes (Collet 2008). Les résultats de notre étude ont montré une satisfaction globale des patientes à la maternité et dans l'accompagnement personnel par les sages-femmes à domicile car la majorité des femmes interrogées pensaient renouveler l'expérience du retour précoce pour un futur enfant. Le suivi à domicile est systématique et bien organisé par le service, les sages-femmes vont accompagner les femmes, leur apprendre les soins, mettre en route l'allaitement et détecter les problèmes éventuels. Au vu des résultats de notre étude, nous pouvons constater que peu de femmes ont répondu avoir manqué d'information. Les mères allaitent toujours leur enfant dans 89,3% des cas. Mais il semble que les patientes en retour précoce soient moins à l'aise vis-à-vis de l'allaitement maternel après la sortie de la maternité. Cette étude a aussi permis de mettre en avant l'intérêt de renforcer un entretien prénatal précoce personnalisé au 4^{ème} mois de la grossesse où la possibilité d'une sortie précoce peut être abordée (HAS 2012). L'instauration systématique d'entretiens en période postnatale pour toutes les accouchées permettrait de refaire le point sur les nombreuses informations données en période prénatale et notamment sur les informations concernant la patiente elle-même.

On peut déplorer le manque de représentativité de l'échantillonnage que l'on peut attribuer à une série de causes conjuguées. D'abord, la confusion que pouvait apporter le remplissage de deux questionnaires à des moments différents pour les mamans, les taux de réponses souvent faibles pour ce type d'enquête, le défaut d'explications claires délivrées par un personnel soignant peu collaborant et probablement peu motivé par sa propre hiérarchie relativement réfractaire à cette étude. A leur décharge, il faut signaler qu'une deuxième enquête de satisfaction pour tous les services du CHU s'est déroulée à la même période. On sera nettement plus satisfait du taux de réponse dans le groupe des retours normaux pour lesquels le renvoi des questionnaires dépendait uniquement des accouchées qui pouvaient les retourner par la poste sans frais. Par contre, dans la majorité des cas des retours précoces, il y a eu oubli de récupération du questionnaire à domicile lors de la dernière visite des sages-femmes. Il est tout à fait compréhensible que le personnel soignant a certainement des tâches bien plus importantes à accomplir mais il n'empêche qu'il doit comprendre que ce type d'évaluation périodique est indispensable pour assurer une qualité optimale des soins et des services.

Si on veut améliorer les enquêtes de satisfaction dans l'avenir, on pourrait envisager de former des enquêteurs indépendants des services mais nécessairement de formations paramédicales. Confier ce travail à une étudiante en Master, même très motivée, sans l'appui d'un professionnel de l'institution est certainement l'élément principal du manque de réponses récoltées et l'enseignement à retenir pour des études ultérieures de ce type.

7. Références

ANAES (2004). Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Recommandations pour la pratique clinique : La sortie précoce après accouchement.

AAP & ACOG (1992). American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Guidelines for Perinatal Care, 3d ed., pp. 105-111.

Bassleer B, Kridelka F. Itinéraire clinique. Maternité CHU-NDB. Sortie précoce après l'accouchement. Direction médicale. Février 2012. 11p.

Braveman P., W. Kessel, S. Egerter et al (1997). Early discharge and evidence-based practice. Good science and good judgment. *JAMA*, 278, 334–6.

Brown S., R. Small, B. Faber, A. Krastev, P. Davis (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3rd edition.

Brown S., R. Small, B. Argus, P. Davis, A. Krastev (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3rd edition.

Cargill Y., M. Martel, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (2007). Postpartum maternal and newborn discharge. *J Obstet Gynaecol Can.* 29(4), 357-63.

Collet M. (2008). Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Études et résultats de la DREES, 660, 1-6.

Craig G.A. et J.M. Muirhead (1967). Obstetric aspects of the early discharge of maternity patients. *BMJ*, 3, 520–2.

Fenwick J., J. Butt, S. Dhaliwal, Y. Hauck, V. Schmied (2010). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women Birth*, 23(1), 10–21.

Forster D., H. Mc Lachlan, J. Rayner, J. Yelland, L. Gold, S. Rayner (2008). The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 27.

HAS (Haute Autorité de santé) (2012). Sortie de maternité après l'accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile (actualisation).

Theobald G. (1959). Home on the second day: the Bradford experiment. The combined maternity scheme. *BMJ*, 2, 1364–7.